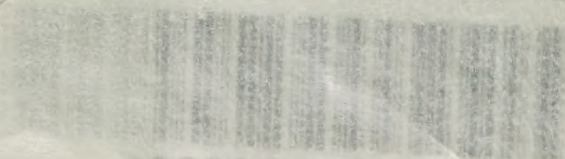


**La Tuberculose chez les Musulmans  
de l'Afrique du Nord**

par Félix MASSELOT et Edouard BLOCH

(Extrait de *La Tunisie Médicale*  
Septembre-Octobre 1934)

WF200  
1934  
M47t



2900331719

Sur 1000 musulmans  
15/18  
H. Mann

**La Tuberculose chez les Musulmans  
de l'Afrique du Nord**

par Félix MASSELOT et Edouard BLOCH

(Extrait de *La Tunisie Médicale*  
Septembre-Octobre 1934)

77/LED/P.

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| WELLCOME INSTITUTE<br>LIBRARY |          |
| Coll.                         | weIMOmec |
| Call                          |          |
| No.                           | WF 200   |
|                               | 1934     |
|                               | M41 t    |
|                               |          |

# La Tuberculose chez les Musulmans de l'Afrique du Nord

par Félix MASSELOT et Edouard BLOCH

—«0»—

Le problème de la Tuberculose chez les Musulmans de l'Afrique du Nord a une ampleur et une acuité qui ne font que se développer.

Il domine celui plus général de la Tuberculose dans ce pays. Les Indigènes constituent en effet l'élément le plus nombreux en Afrique du Nord. Ce sont eux qui sont les plus atteints par le fléau, les plus difficiles à saisir, les plus rebelles aux règles d'hygiène élémentaire. Ce sont eux qui comptent le plus grand nombre d'indigents.

La population indigène qui court de terribles dangers du fait de la Tuberculose, en fait courir de très sérieux aux éléments divers qui la pénètrent et même qui vivent à son contact.

Dans les trois pays de l'Afrique du Nord, elle cause plus de décès que toutes les maladies épidémiques réunies, les seules qui jusqu'à ces dernières années étaient énergiquement combattues.

Pour la Tunisie seule, il faut compter un tiers de décès en plus à l'actif de la Tuberculose.

A Alger, dans les trois dernières années, on compte 300 décès de plus par Tuberculose que par les maladies épidémiques.

La Tuberculose en milieu indigène a été particulièrement étudiée lors de la troisième Réunion de la Fédération des Sociétés Médicales d'Algérie et nous ferons de nombreux emprunts aux importants travaux publiés par Lemaire, Gillot, Lévi Valensi, Colombani et Lapin, Lombard, Argenson, Mazères et Masselot.

En Tunisie, ce sujet a fait depuis longtemps l'objet d'études publiées dans la *Tunisie Médicale*, particulièrement celles de Broc et ses élèves, de Raynal, d'Henry, de nous-mêmes.

Nous n'insisterons pas sur l'historique de la question qui a été parfaitement mis au point, notamment dans le rapport de Lévi Valensi. Il ressort de ce travail qu'en 1830, la Tuberculose passait pour très rare en Algérie et qu'en 1843, elle était si peu fréquente que Boudin expliquait cette rareté par un antagonisme entre le paludisme et cette maladie. A cette époque on observait un décès par Tuberculose pour 100 décès dans l'Armée d'Afrique. C'est à

partir de 1890 qu'on constate l'augmentation constante et régulière des cas de Tuberculose. Les statistiques d'avant-guerre accusaient 800 décès pour l'Algérie entière; elles donnent maintenant 800 décès pour la ville d'Alger seule. Cet exemple est particulièrement significatif.

Au Maroc des constatations analogues ont été faites : vers 1840, Despine signalait la rareté de la Tuberculose à Mogador. A l'Hôpital Français de Tanger, le nombre de malades admis pour Tuberculose, qui était de 15 en 1903, est passé à 121 en 1919.

Il n'existe aucun document statistique en Tunisie permettant d'apprécier la marche progressive de la maladie.

Mais l'opinion générale des médecins est que celle-ci est une réalité.

A Tunis la situation serait pourtant à peu près stationnaire, puisque le chiffre global de décès par Tuberculose qui était de 760 en 1909, de 766 en 1914, 715 en 1920 est de 614 en 1931.

Il semble que dans toute l'Afrique du Nord la morbidité et la mortalité générale par Tuberculose soient à peu près semblables dans la zone du littoral à celles que l'on enregistre sur les rives françaises de la Méditerranée et qu'elles aillent en décroissant d'une façon générale et à peu près régulière, au fur et à mesure que l'on approche du désert. Deux moyens permettent de les étudier : les statistiques et les pourcentages de positivité des cuti-réactions. Pour les cuti-réactions, nous possédons en ce qui concerne l'Algérie, des documents très importants dus à Folley et Parrot recueillis de 1910 à 1933, sous les auspices de l'Institut Pasteur d'Alger.

Voici les conclusions résumées de ces auteurs :

Le pourcentage de positivité de la Réaction de von Pirckett croît depuis le Sahara jusqu'à la zone littorale, où néanmoins il est un peu moins élevé que chez la plupart des populations d'Europe (70% contre 80 à 90%).

Dans chaque région, le pourcentage le plus élevé est fourni par les Indigènes de race blanche et particulièrement ceux de langue arabe. L'infection tuberculeuse croît avec le voisinage des Européens; elle est moins fréquente chez les nomades des tentes ou chez les sédentaires isolés. Il existe des taches d'infection familiale qui se forment autour des porteurs de germes tuberculeux. Les comparaisons faites à différentes années de distance montrent l'augmen-

lation progressive de l'infection tuberculeuse latente chez les Indigènes.

Nous donnons à titre d'exemple, quelques chiffres tirés des statistiques algériennes :

|                | Enfants de 1 à 15 ans          | Adultes |
|----------------|--------------------------------|---------|
| Alger          | 38,2%                          | 71,4%   |
| Hauts-Plateaux | 30,6 à 39,3%                   | 64%     |
| Sahara         | de 0 à 37%                     | 56%     |
|                | 54,3% pour la ville de Biskra. |         |

Les enfants européens sont moins infectés à Alger que les enfants indigènes de :

1 à 5 ans, 20 indigènes contre 11 européens.

L'infection tuberculeuse chez les jeunes enfants indigènes croît rapidement avec l'âge. C'est ainsi que Gillot, à la clinique médicale d'Alger, a constaté en 1930,

|      |                                        |
|------|----------------------------------------|
| 3,03 | de réactions positives de 0 à 3 mois   |
| 4,3  | de réactions positives de 3 à 6 mois   |
| 11,7 | de réactions positives (de 6 à 12 mois |
| 22,2 | de réactions positives (de 1 à 2 ans   |

Les statistiques prouvent que depuis 1927, le pourcentage des enfants infectés augmente régulièrement, presque du simple au double.

Il n'existe malheureusement aucun travail analogue pour la Tunisie et au Maroc les dispensaires viennent seulement d'être chargés de l'entreprendre.

L'étude des statistiques de morbidité et de mortalité tuberculeuse devrait apporter un appoint décisif en ce qui concerne la fréquence et la répartition de la Tuberculose en Afrique du Nord. Malheureusement, si les statistiques hospitalières et celles de l'armée sont exactes, on ne saurait en dire autant des statistiques municipales. Tant que la déclaration obligatoire de la tuberculose n'existera pas, et que la vérification effective des causes de décès ne sera pas faite, on ne pourra qu'accorder une confiance limitée aux archives officielles. Un exemple illustrera notre thèse :

Tunis, pour une population de 28.970 Israélites, accuse un chiffre moyen de 23 décès pour tuberculose; 21 en 1931. Or, dans notre

seul pavillon de tuberculeux de l'Hôpital Français, nous avons eu 7 décès israélites pour tuberculose pulmonaire sur 20 hospitalisés en 1931. Il est d'ailleurs connu de tous que les Israélites craignant le préjudice moral qu'entraîne pour une famille un décès avoué de tuberculose, s'opposent à la déclaration réelle de la cause de la mort.

Ces réserves étant faites, examinons les documents que nous possédons et dont il est possible néanmoins de tirer parti, surtout si l'on observe une concordance de résultats pour toute l'Afrique du Nord.

D'après Lemaire, la mortalité tuberculeuse est à Alger pour 10.000 habitants :

de 16,6 à 25 pour les Européens,

de 69,3 à 105 pour les Indigènes.

Rappelons qu'elle est à peu près de 27 à Paris.

En 1920, la Tuberculose cause à Alger la mort de 700 personnes. Dans les trois dernières années, de 450.

D'après ces chiffres il meurt donc à Alger par Tuberculose, environ 4 fois plus d'Indigènes que d'Européens. Lemaire a également constaté que dans les hôpitaux, sur 100 décès européens, il y en a 15,71 par tuberculose et sur 100 décès indigènes 33,18.

Ces chiffres sont confirmés par Lévi Valensi.

D'après Gillot et Forgeot, sur 100 décès d'enfants indigènes de 0 à 2 ans, un tiers est dû à la Tuberculose.

Les chiffres moins précis fournis par les différents départements sont les suivants pour une période de 10 ans.

Pour 10.000 habitants :

5 à 9 pour l'Oranie

9 à 15 pour le département de Constantine

16 à 18 pour les Territoires du Sud

16 à 20 pour le département d'Alger

(Rappelons qu'il faut multiplier par le coefficient 6, au minimum, le chiffre des décès pour avoir le chiffre des malades).

Les statistiques fournies par les Dispensaires nous paraissent avoir surtout de l'intérêt pour différencier les différentes formes de Tuberculose, pour les chiffrer suivant l'âge, le sexe et la profession des malades.

Elles sont moins démonstratives en ce qui concerne la diffusion de la maladie, car le recrutement des dispensaires est essentiellement irrégulier et est commandé tout autant par des causes psychologiques ou matérielles que par des causes médicales.

Au Maroc, il n'a été publié à notre connaissance que des statistiques de dispensaires.

En Tunisie, il existe un bureau d'hygiène fonctionnant depuis longtemps déjà et possédant des archives bien tenues : celui de Tunis.

Nous avons établi la moyenne des 23 dernières années en ce qui concerne le chiffre des décès par Tuberculose.

Ceux-ci sont au nombre de 676 se répartissant comme il suit :

|               |     |
|---------------|-----|
| Français      | 55  |
| Musulmans     | 512 |
| Israélites    | 23  |
| Italiens      | 74  |
| Anglo-Maltais | 8   |
| Divers        | 6   |

(Les pourcentages ont été arrondis pour supprimer les décimales).

Par 10.000 habitants il meurt :

|            |    |
|------------|----|
| Français   | 18 |
| Musulmans  | 57 |
| Israélites | 15 |
| Italiens   | 13 |
| Maltais    | 12 |

en moyenne au total 33 pour 10.000.

Il meurt donc à Tunis trois fois plus de Musulmans que de Français, chiffres qui rejoignent ceux de Lemaire pour Alger.

Les études de morbidité comparative dans les hôpitaux ont été très peu poussées ici. Nous ne possédons que les chiffres donnés par Broc et ses élèves et ceux du pavillon d'isolement de l'Hôpital Français.

En 1922, à l'Hôpital Sadiki, sur 8.000 consultants indigènes, on relève 585 tuberculeux.

En 1930, sur 14.000 : 509.

L'examen de ces résultats semblerait faire croire à une décrois-

sance de la maladie. Ils ne sont dus en réalité qu'à la popularité sans cesse grandissante des consultations de Sadiki, qui drainent un grand nombre de malades particulièrement de cas chirurgicaux de l'intérieur de la Tunisie et même de l'Algérie.

Par contre, au pavillon des tuberculeux de l'Hôpital Français qui reçoit les Musulmans Algériens, sujets Français, nous relevons les chiffres suivants :

|             |                |                         |
|-------------|----------------|-------------------------|
| En 1920     | 4 tuberculeux  | soit 4,5% de l'effectif |
| En 1927     | 6 tuberculeux  | soit 6,6%               |
| Depuis 1931 | 25 tuberculeux | soit 21,7%              |

En 1933, il en est mort 13 à l'Hôpital contre 13 Français, 10 Italiens et 7 Israélites sur 115 malades nouveaux hospitalisés; or le chiffre des Algériens en Tunisie n'augmente pas.

La statistique démographique accuse :

|      |         |            |
|------|---------|------------|
| 1921 | à Tunis | en Tunisie |
|      | 10.134  | 36.000     |
| 1931 | à Tunis | en Tunisie |
|      | 7.287   | 40.000     |

que conclure sinon à la diffusion rapide de la maladie chez les indigènes algériens séjournant en Tunisie. Celle-ci s'explique car ces musulmans viennent en majorité d'Ouargla et d'une façon plus générale du Sud Algérien. Ils vivent entre eux et ne se mêlent pas à leurs coreligionnaires. Ajoutons qu'ils vont passer des congés fréquents dans leur pays d'origine ce qui peu intéresser les services d'hygiène de la colonie voisine.

Nous disposons heureusement grâce à la bienveillance du Médecin Général Sandras de statistiques militaires parfaitement établies. Celles-ci montrent qu'en 1931 dans les troupes métropolitaines 0,36% de l'effectif total a été tuberculisé. Les Européens sont en proportion de 0,27% sur leur effectif propre, les Nord-Africains de 0,43%.

En 1933 0,2% de l'effectif total est devenu tuberculeux, les Européens dans 0,3% de leur effectif propre, les Nord-Africains dans 0,8%.

Il a été réformé en 1933, 64 militaires pour tuberculose : 15 pour les troupes européennes, 49 pour les troupes africaines. Ces chiffres

viennent corroborer ceux que nous avons donnés plus haut. Ils sont d'autant plus significatifs qu'ils concernent des individus sélectionnés à l'incorporation et menant à la caserne le même genre d'existence.

Le rapport des tuberculoses médicales ou chirurgicales en Afrique du Nord est intéressant à établir, car ces dernières semblent particulièrement fréquentes chez les indigènes. Signalons tout d'abord qu'il n'existe aucun parallélisme entre la fréquence des tuberculoses chirurgicales et celle des tuberculoses bovines. Les conclusions de la Direction du service de l'élevage au Maroc et en Tunisie sont formelles à ce point de vue. La Tuberculose est rare parmi les animaux indigènes amenés aux abattoirs. Or la population musulmane présente beaucoup plus de formes ostéo articulaires de tuberculose que la population européenne.

Il faut remarquer, relativement à la fréquence des différentes formes de Tuberculose que le diagnostic des tuberculoses viscérales est difficile à établir (la plupart des cas échappent aux consultations des hôpitaux et des dispensaires) et que, d'autre part, celui des tuberculoses ganglionnaires non suppurées est plein d'embûches dans ces pays où la phtiriose et la malpropreté engendrent si fréquemment des excoriations cutanées et des réactions ganglionnaires consécutives, sans compter les adénites qui sont le fait de la syphilis. Une fois de plus il faut ne croire qu'avec grande prudence aux chiffres.

En additionnant les statistiques des dispensaires d'Alger et de Belcour nous obtenons pour les tuberculoses chez les Indigènes un chiffre global de 1.233 se répartissant en 895 tuberculoses pulmonaires et 338 autres formes, soit environ 26% pour cette seconde catégorie.

Pour le dispensaire de Constantine :  
sur 398 tuberculeux il existe 250 formes pulmonaires et 148 tuberculoses d'autres formes.

Les études de Lombard offrent plus de précision :

Dans son service de chirurgie infantile, à l'Hôpital de Mustapha en 6 ans, il est entré 14,6% de tuberculoses ostéoarticulaires et à sa consultation il en a décelé chez 7,6% des malades.

Mais tandis que les Tuberculoses chirurgicales sont notées dans 79% des cas chez les Européens, elles sont relevées dans 24.4 des cas chez les Indigènes (toujours la proportion de 1 à 3 déjà notée).

Aux dispensaires de la Société S.B.M. dans un quartier miséreux le même auteur a constaté chez les enfants Européens une proportion de 11,2% de Tuberculose chirurgicale contre 16,8% chez les enfants Indigènes, et pour les adultes, chez les hommes. 11% pour les Européens contre 13,9 chez les Indigènes; pour les femmes 6,7% chez les Européennes et 19% chez les Arabes.

Il est difficile d'apprécier les résultats de l'enquête des dispensaires au Maroc, la discrimination entre Européens et Indigènes n'étant pas faite dans les chiffres cités par Colombani et Lapin.

En prenant les données des dispensaires de Fez et de Marrakech, villes où la population arabe domine de beaucoup l'élément européen, nous obtenons :

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Pulmonaires           | 1.753 |
| Ostéoarticulaires     | 177   |
| Ganglionnaires        | 401   |
| Tuberculose viscérale | 21    |

soit 599 de toutes formes contre 1.753 pulmonaires, chiffre énorme dû au grand nombre de Tuberculoses ganglionnaires, au sujet desquelles Colombani et Lapin mettent en garde en raison d'erreurs possibles pour ne pas dire inévitables.

En Tunisie nous possédons quelques statistiques partielles établies par Broc et ses internes à l'Hôpital Sadiki. En 1922, ces auteurs constatent 585 cas de Tuberculose à leur consultation, se décomposant en 315 pulmonaires, 270 extra-pulmonaires.

En 1926, sur 910 tuberculeux individualisés, ils relèvent 400 pulmonaires, 173 osseux, 92 fistuleux et malades atteints de Tuberculose cutanée, 245 ganglionnaires.

En 1930, 509 tuberculeux sont soignés à l'Hôpital dont 377 pulmonaires et 132 chirurgicaux. Dans les Tuberculoses extra-pulmonaires, ce qui domine, ce sont les M. de Pott, les coxalgies, les tumeurs blanches, les adénites; viennent en second lieu les fistules anales, les orchites, les péritonites.

Le pourcentage de ces Tuberculoses tant pulmonaires que chirurgicales ne nous semble pas intéressant à établir par rapport au chiffre global des consultants pour des raisons déjà exposées. L'Hôpital Sadiki étant un centre chirurgical et de spécialité réputé dans le monde indigène et attirant de ce fait une clientèle particulière dont la présence fausse les proportions que l'on serait tenté d'éta-

blir. (Broc, Bicheler et Duplenne évaluent à 10% le nombre des consultants tuberculeux). En revanche, le pourcentage des formes chirurgicales par rapport aux médicales est plein d'enseignements, puisqu'il n'est jamais inférieur à 30%, chiffre très élevé.

Le problème clinique de la Tuberculose indigène est plus facile à étudier, les documents abondent.

Si la Tuberculose est plus fréquente chez l'Indigène que chez l'Européen, elle est aussi beaucoup plus grave.

Dans les hôpitaux d'Alger les tuberculeux arabes deux fois plus nombreux que les Européens meurent en proportion deux fois plus forte.

Les hôpitaux recueillent évidemment la clientèle la plus déshéritée et la plus gravement atteinte.

Tous les auteurs, tant Algériens que Tunisiens que Marocains, insistent sur la gravité de la Tuberculose des Musulmans et sur le grand nombre de formes évolutives rapides observées chez eux. Argenson relève parmi les cas de Tuberculose évoluant en moins d'un an, dans 27% du total des Européens, dans 61% des Indigènes (clientèle de dispensaires).

Lévi Valensi dans son service d'Alger note sur 500 malades 66,5 de formes à allure aiguë chez les Indigènes contre 44 chez les Européens. Colombani et Lapin relatent qu'au Maroc les formes pulmonaires sont habituellement ulcéro-caséeuses à marche subaiguë. Gillot insiste sur la fréquence des phtisies galopantes observées chez le grand enfant.

Ce que nous avons pu voir de la Tuberculose chez les Musulmans Algériens à l'Hôpital Français confirme ces faits. Ces malades qui ne constituent que 21,7% de l'effectif, en 1933, au pavillon des tuberculeux meurent dans une proportion élevée, accusant un chiffre de 13 décès contre 33 pour l'ensemble des autres fractions de la population. Ils réalisent la plupart du temps le type du grand cachectique phtisique.

Le grand nombre des hémoptysies est également souligné par Lévi Valensi. Il serait dû à la fréquence des lésions histologiques des vaisseaux notées par Montpellier aux autopsies. Nos statistiques à vrai dire ne confirment pas ces assertions. Sur 105 Français hospitalisés, nous avons noté 35 hémoptysies sur 104 Indigènes Musulmans Algériens, 11 seulement.

Les réactions pleurales secondaires se verraient également plus souvent chez l'Indigène dans une proportion de 3,5% contre 1,7% chez les Européens.

Le Musulman est frappé par la Tuberculose à tout âge, mais pourtant d'une façon générale, plus précocement que l'Européen. 70% de cas de 15 à 40 ans pour l'Indigène, contre 59% chez l'Européen aux mêmes âges. Ces chiffres donnés par Lévi-Valensi sont confirmés par ceux de Lemaire.

De leur côté, Broc, Bicheler et Duplenne, relèvent :

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| sur 203 malades : | 30 cas de 0 à 15 ans  |
|                   | 89 cas de 15 à 30 ans |
|                   | 52 cas de 30 à 40 ans |
|                   | 32 cas de 40 à 70 ans |

soit environ 70% des cas de 15 à 40 ans.

A la radiographie, la Tuberculose chez les Musulmans donne fréquemment des images de lésions massives et bilatérales. Celles-ci s'expliquent par les constatations anatomiques de Montpellier et Lévi Valensi. L'étude des poumons des Indigènes décédés de Tuberculose leur montre la prédominance généralement accusée d'un processus caséifiant et ulcératif, processus se développant d'emblée sans être précédé, du processus exsudatif habituel; l'existence de sclérose fortement mutilante et d'une vasculite intense oblitérante siégeant en dehors des foyers exsudatifs et caséeux.

Notons que la bilatéralité fréquente et rapide constitue un obstacle sérieux à la diffusion du pneumothorax chez les Indigènes, ainsi d'ailleurs que la fréquence des réactions pleurales.

Au point de vue clinique, la Tuberculose infantile indigène ne présente pas de particularités bien saillantes. Les petits Musulmans font d'après Gillot, des formes de Tuberculose très souvent comparables à celle des jeunes Européens. Gillot insiste pourtant sur la présence d'une grosse rate dans les formes latentes.

La splénomégalie incite à rechercher la syphilis et le paludisme qui en sont les causes déterminantes habituellement invoquées. La Tuberculose serait aussi souvent en cause que ces deux infections.

La gravité des Tuberculoses chez les Indigènes, la fréquence des formes aiguës a incité certains auteurs à incriminer une hypervirulence possible du germe tuberculeux en Afrique du Nord ou une hypersensibilité des Indigènes à l'égard du bacille de Koch. Com-

me le dit fort bien Lévi Valensi « ce qu'on sait aujourd'hui de la virulence toujours sensiblement égale du bacille de Koch des provenances les plus diverses... rend bien discutable l'hypothèse d'une gravité de la Tuberculose pulmonaire en rapport avec une virulence exaltée du germe tuberculeux... ».

L'hypersensibilité ne semble pas plus soutenable, l'Afrique du Nord rassemble des peuples d'origines bien différentes. Rien de commun n'existe entre le robuste montagnard de la Kabylie et le citadin, entre les descendants des Vandales et les sémites, entre le Mozabite boutiquier de père en fils et le pasteur ou l'agriculteur des Hauts-Plateaux. Ni les origines, ni les mœurs, ni le genre de vie ni même souvent la langue ne les rapprochent. Il semble qu'il soit pour le moins audacieux de vouloir leur supposer une même aptitude réactionnelle vis à vis du bacille de Koch.

De même rien ne reste à la lumière des faits de l'hypothèse de Ryckeysch qui voyait un rapport entre les formes des Tuberculoses et la zone climatérique où réside le malade.

Les constatations faites en Algérie notamment par les cutiréactions prouvent que l'Indigène, même celui du Sud est loin de constituer un terrain vierge pour l'infection tuberculeuse. On ne peut à aucun point de vue l'assimiler au Noir de l'Afrique Centrale. Les Tuberculoses chez l'adulte Musulman sont des Tuberculoses de réinfection ainsi que le prouve l'anatomie pathologique.

Il n'est pas douteux que les facteurs sociaux jouent un rôle de premier plan dans la diffusion de la Tuberculose en Afrique du Nord et en particulier la sous-alimentation. L'Indigène pauvre économise facilement sur sa nourriture et sur celle des siens. Il se nourrit d'aliments peu substantiels et de façon irrégulière. La statistique établie par Broc, Bicheler et Duplenne est significative à ce point de vue. Sur 203 malades examinés, ils trouvent 183 journaliers (quadem Azam) c'est à dire d'individus sans ressources fixes et dont la vie est une perpétuelle improvisation. « Tout individu qui n'a pas de profession fixe, écrivent-ils, est plus qu'un candidat à la Tuberculose, il a plus de 50% de chances de contracter cette maladie dans le cours de son existence. » Leur statistique montre également la fréquence de la Tuberculose chez les étudiants et les écoliers, 26 étudiants et 28 écoliers. Celle-ci s'explique si l'on prend connaissance du travail de Broc et Raynal sur « Etudiants de méderças de Tunis et Tuberculose. » Au cours d'une enquête faite sur 750 individus, Broc et Ray

nal ont trouvé 10 tuberculeux évolutifs et 35 bronchites unilatérales accompagnées de signes radiologiques, séquelles d'une infection tuberculeuse antérieure. Ils écrivent à ce sujet « une des causes les plus importantes favorisant le développement de la Tuberculose chez les étudiants paraît être la mauvaise alimentation... sous-alimentation par insuffisance de ressources pécuniaires, alimentation mal comprise). Certains étudiants ne vivent que d'aumônes et de charités, voire même de dons en nature.

Les mauvaises conditions d'hygiène ont également une influence qui pour être de deuxième plan n'en est pas moins importante. Tout a été dit à ce sujet et même répété. Le village arabe souvent sans eau courante, sans réseau d'égouts avec ses maisons bâties sans plan, sans souci de l'air et de la lumière est propice à l'éclosion de toute maladie. Le prototype de ce village est l'agglomération kabyle. La maison arabe qui défend encore jalousement sa vie intérieure aux regards du dehors se prive de ce fait de l'air et du soleil dans la majeure partie de ses pièces, sauf dans les demeures de riche. L'entassement nocturne dans des pièces calfeutrées, entassement souvent commandé par la nécessité, mais quelque fois chez ceux qui peuvent l'éviter par les habitudes prises est éminemment propice à l'intercontagion. La coutume de veiller les malades en famille et fréquemment d'occuper à tour de rôle le même lit qu'eux pour mieux les surveiller est particulièrement dangereuse. L'intoxication oxycarbonée par les réchauds ou caïoun, est signalée par tous les auteurs algériens. Enfin dans la basse classe le repas en commun où une seule cuillère passant de bouche en bouche, un seul verre servant à la ronde, l'habitude de cracher par terre et n'importe où, de tousser sans aucune précaution, l'absence de toute hygiène corporelle sont autant d'occasions de contamination, particulièrement pour les enfants surtout les nourrissons qui vivent sur leur mère sans jamais en être séparés à la manière de « parasites ».

L'ignorance fait commettre aux Indigènes les fautes d'hygiène les plus lourdes, telles le baiser sur la bouche, le fatalisme leur fait accepter leur mal pour lequel ils ne vont consulter la plupart du temps que l'orsque tout travail leur est devenu impossible.

Tamzali prétend même que la plupart des tuberculeux indigènes meurent sans soins médicaux, ce qui paraît exagéré.

Le climat semble jouer au contraire, un rôle minime. L'étude

d'Argenson sur cette question paraît démonstrative; d'ailleurs Burmand en Egypte avait été frappé du peu de nocivité du climat sur l'évolution de la Tuberculose et avait prouvé que la fièvre et les hémoptysies sont peu influencées par les écarts thermométriques. Nous avons fait en ce qui nous concerne des constatations analogues à l'Hôpital Français. Il nous a paru que janvier et février étaient des mois beaucoup plus défavorables aux bacillaires que ceux de l'été tunisien.

Pour importants que soient ces facteurs de propagation de la Tuberculose, ils ne peuvent être mis sur le même plan que la sous-alimentation.

En revanche pour les auteurs algériens les infections et intoxications antécédentes ou concomitantes jouent également un rôle de premier plan dans la réviviscence et la marche de l'infection tuberculeuse chez les Musulmans. Le diabète, sauf chez les citadins est plus rarement observé que chez les Européens; il imprime à la Tuberculose son cachet particulier bien connu depuis Pidoux. L'alcoolisme dont le rôle est discuté en Europe et qui a suscité des controverses entre Arnould, Bandel, Lumière, se retrouve d'après Lévi Valensi chez 16,7% des tuberculeux indigènes d'Alger et chez 8,6 seulement des malades Européens. Encore ces chiffres sont-ils notoirement inférieurs à la réalité. Par les troubles dyspeptiques et les altérations hépatiques qu'il entraîne, par les dépenses qu'il occasionne à celui qui en est victime, dépenses prélevées sur le budget de l'alimentation l'alcoolisme exerce une influence certaine mais difficile à préciser sur la gravité et même l'éclosion de la Tuberculose. L'alcoolisme sévit également en Tunisie (vin, boukha, anisette).

La classe indigène aisée elle-même lui paie un dur tribut. Dans les campagnes le théisme le remplace, l'Indigène buvant de très fortes décoctions de thé vert avec une passion telle que sa santé physique et morale en est parfois gravement ébranlée.

Toutes les infections graves ou prolongées en particulier les infections digestives dues à la fécalité du sol ou aux nourritures défectueuses peuvent avoir une action sur la gravité de la Tuberculose. La variole depuis les travaux de Landouzy est connue comme maladie à action prédisposante.

Trois infections méritent surtout de nous arrêter : la Fièvre de Malte, la Syphilis et le Paludisme.

Il était naturel de penser qu'une maladie aussi débilitante, aussi

prolongée que la fièvre de Malte puisse être un facteur non négligeable de tuberculisation. Or la Fièvre de Malte, maladie d'avenir comme l'a baptisée Ch. Nicolle, se répand de plus en plus particulièrement en Tunisie. Ses rapports avec la Tuberculose ont été étudiés par de nombreux auteurs tunisois.

Certains ont soutenu qu'il y avait antagonisme entre la Fièvre de Malte et la Tuberculose. Pour Broc, Masselot et Baugas il n'y a aucun antagonisme entre ces deux infections. Le sérodiagnostic au mélitensis et l'intradermoréaction de Burnet, pouvant être positifs dans la méditerranéenne, il y a d'ailleurs lieu d'être prudent et de n'accepter que les cas vérifiés par une hémoculture positive. Pour Ben Mussa les deux affections peuvent coexister à l'état aigu et la mélitococcie, comme il l'a d'ailleurs observé, évoluant chez un tuberculeux est susceptible de donner un coup de fouet violent mais momentané à la Tuberculose.

Aucun de ceux qui se sont occupés des rapports des deux infections n'a indiqué que la Fièvre de Malte puisse avoir un rôle semblable à celui qu'on a attribué à la rougeole, à la coqueluche ou à la variole (rôle d'ailleurs discuté aujourd'hui).

Nous ne pouvons donc souscrire aux conclusions de Jullien (Ar dèche) pour qui la Tuberculose se greffe dans 5% des cas de Brucellose. En revanche ce qui nous paraît établi, c'est la fréquence des erreurs de diagnostic faisant croire à l'existence d'une mélitococcie dans certaines formes de Tuberculose et plus rarement d'ailleurs la confusion inverse.

Etant donnée la très grande diffusion de la syphilis dans l'Afrique du Nord, l'indifférence fréquente des Indigènes vis à vis de tout ce qui n'est pas accident gênant du « Morde Soltane », l'étude de l'association Syphilis Tuberculose dans l'Afrique du Nord est susceptible de permettre des conclusions plus catégoriques qu'en Europe. En France l'association de ces deux infections s'observe au maximum dans 4% des cas. C'est à peu près la proportion relevée parmi les tuberculeux européens Algérois. Or sur les indigènes, Lévi Valensi note un pourcentage de 15,15% des cas. Sergent et ses élèves ont coutume d'enseigner que si la syphilis récente aggrave la Tuberculose pulmonaire, elle a en quelque sorte une influence salvatrice quand elle vieillit ayant tendance à imprimer une marche chronique et fibreuse à la maladie. Ce n'est point l'opinion des Médecins Algérois. Lemaire affirme la rareté des formes fi-

breuses des tuberculeux syphilitiques et signale la fréquence des améliorations qu'éprouvent les malades porteurs des deux infections lorsque leur syphilis est sérieusement traitée. Lévi Valensi appuie cette affirmation. Pour Montpellier le rôle direct local de la syphilis dans les formes anatomiques de la Tuberculose pulmonaire est indéniable : la syphilis entraînant des lésions vasculaires dont l'action favorisante sur la caséification tuberculeuse est évidente.

En revanche la Syphilis nous paraît devoir créer un nombre important de faux Tuberculeux. Nous voulons parler de ces cas dénommés par Moll d'Oran bronchite arabe et par les auteurs plus récents sous la dénomination de bronchite des Tirailleurs.

L'un de nous a publié en 1920 dans le *Tunis Médical* une étude sur la Tuberculose et la pseudotuberculose chez les militaires indigènes et a inspiré la thèse de Gonthier (Montpellier 1922). Il est possible qu'une analyse minutieuse permette comme cela s'est vérifié parfois, d'admettre à l'origine de certains de ces catarrhes chroniques des grosses bronches le Bacille de Koch bien que la réalité des bronchites tuberculeuses soit sujette à discussion. L'évolution favorable de l'immense majorité de ces malades vient infirmer cette hypothèse. On peut à bon droit invoquer la Syphilis et peut-être le paludisme à l'origine de ces cas, rarissimes parmi les troupes blanches sauf parmi les bataillonnaires qui paient eux aussi un lourd tribut à la Syphilis et au Paludisme.

Nous en arrivons enfin à cette dernière infection dont on ne saurait trop affirmer l'importance et la gravité. Il faut pour s'en faire une idée juste avoir connu les effets catastrophiques du paludisme de 1932 en Tunisie ou ceux du Paludisme des Dardanelles.

Suivant le lieu d'observation, les chiffres des tuberculeux impaludés varient, ce qui explique que Lévi Valensi ait trouvé le paludisme chez le 1/5 de ses malades et Crespin chez les 4/5 environ. De nombreux auteurs, Aubry, Thiodet, Viallet, d'Uzan, Mazzolini ont apporté leur contribution à l'étude de cette importante question. Lemaire dont la compétence et l'autorité sont indiscutables a fait ressortir au Congrès de Strasbourg en 1923 la fréquence et la gravité de l'association Tuberculose et Paludisme. Malgré quelques contradicteurs inévitables, la majorité des Médecins a adopté cette opinion soutenue également par de Bernardinis au xxxvii<sup>e</sup> Congrès Italien de Médecine Interne.

Cet auteur donne comme preuve, des statistiques tirées d'observations faites dans l'Armée italienne. Elles se trouvent rapportées dans le beau travail de Lévi Valensi. En 1929 en Sardaigne, pays très fiévreux, on a prononcé 11,57% d'éliminations pour tuberculose contre 4,53 à Turin, pays très sain.

Le même auteur fait état de statistiques françaises recueillies entre 1924 et 1928; elles démontrent que la morbidité tuberculeuse de 2,70% pour les troupes métropolitaines est de 3,20% pour les troupes Algériennes et de 3,44% pour les Tunisiennes; Umberto Rive, cité par Lévi Valensi, dans 680 cas d'association Paludisme Tuberculose a montré que le Paludisme était vraisemblablement responsable de l'éclosion de la Tuberculose dans 135 cas. Nous avons été à même de vérifier l'action immédiatement déterminante que le paludisme aigu récidivant pouvait avoir sur une tuberculose méconnue ou latente par des exemples probants et répétés recueillis dans notre pratique hospitalière.

De Bernardinis attribue au Paludisme une action anergisante non vérifiée par Lévi Valensi.

Ce dernier auteur et Montpellier pensent que le paludisme, maladie au premier chef de système réticulo-endothélial, amoindrit la valeur fonctionnelle de cet organe essentiel de l'immunité dans la tuberculose et devient ainsi un important facteur de la gravité de cette maladie.

Cette opinion est également celle de Mazzolani et de Bernardinis.

De tout ceci il résulte que la prophylaxie du paludisme et de la syphilis présente un intérêt direct et de premier plan dans la lutte antituberculeuse.

L'Algérie, écrivions-nous au début de cette revue, était en 1830 un pays peu touché par la tuberculose. Elle peut-être mise actuellement sur le même rang que la Métropole et il en est presque de même pour la Tunisie et le Maroc.

L'arrivée des Européens en Afrique du Nord a été certainement la *primus Movens* de cette diffusion de Bacille de Koch. L'émigration arabo-berbère « le circuit de travail » des travailleurs indigènes a continué ce que l'immigration européenne avait commencé. Le travailleur colonial transplanté dans un climat, rigoureux pour lui, vit dans des conditions matérielles souvent lamentables s'adonne fréquemment à tous les vices de la civilisation et devenu malade rentre pour mourir dans son village ou dans son douar où

il sème la mort autour de lui. Ce circuit n'existe pratiquement pas en Tunisie où l'émigration est peu importante presque nulle.

Le rôle de la guerre a été incriminé par tous les auteurs, en raison du bouleversement social qu'elle a entraîné. Comme le notait Colombani et Lapin, nous avons assisté au déclin des petits métiers, des moyennageuses corporations et à l'essor du travail en fabrique, dans les mines, sur les chantiers. Mais la vie a renchéri plus vite que les salaires, puis la crise économique est survenue avec le chômage, lèpre des temps modernes, condamnation de l'américanisation des productions. D'ailleurs, même si ces bouleversements économiques ne s'étaient pas produits, le travailleur indigène aurait continué à faire ce qu'il faisait au temps de la prospérité, c'est à dire économiser sur l'indispensable afin d'amasser pour la réalisation d'un rêve de retour au pays, souvent hélas le rêve de Perette et du pot au lait. On voit donc par ces quelques remarques que le problème de la Tuberculose en Afrique du Nord, encore plus qu'en Europe, est un problème avant tout social, auquel nous ne pouvons proposer que des solutions partielles, des palliatifs dont il serait injuste de méconnaître la valeur, mais sur l'importance desquels il serait dangereux de s'illusionner ? Quand bien même la loi des nombres serait satisfaite en ce qui concerne les dispensaires, les infirmières visiteuses et les malades, il y aurait encore et toujours des tuberculeux tant que chacun ne mangerait pas à sa faim. C'est que qu'exprime avec force le dernier travail de Burnet dans la revue d'hygiène et de Médecine préventive.

Le traitement de la tuberculose indigène se réclame des mêmes principes que celui appliqué en Europe. Tous les auteurs insistent sur la difficulté qu'il y a à atteindre l'indigène au début de sa maladie. Il ne se soigne habituellement que lorsqu'il ne peut pas faire autrement. Son indocilité est également une cause d'échec, c'est ainsi que Broc et Duplenne ayant pratiqué sur 24 malades un pneumothorax dont le décollement était total et le résultat immédiat favorable ont vu.

4 malades abandonner le traitement après la 1<sup>re</sup> insufflation;

2 après la 2<sup>me</sup>;

7 après la 3<sup>me</sup>;

4 après la 4<sup>me</sup>;

2 après la 5<sup>me</sup>;

1 après la 6<sup>me</sup>;

4 après la 9<sup>me</sup>;

1 après la 17<sup>me</sup>.

Au Dispensaire Maréchal Liautey à Rabat, sur 32 pneumothorax institués : 11 malades ont disparu n'ayant pas poursuivi le traitement.

Nul doute d'ailleurs que l'éducation des masses et la constatation par les Indigènes des guérisons obtenues ne fasse diminuer progressivement le chiffre des malades infidèles. A ce point de vue, on ne peut que regretter de voir cette méthode thérapeutique utilisée aujourd'hui avec excès, ce qui ne peut qu'augmenter le nombre déjà trop grand de ses échecs et diminuer la confiance que le public a en elle.

Le pneumothorax qui est de beaucoup le traitement le plus actif de la Tuberculose ne s'applique malheureusement qu'à un nombre restreint de cas aux environs de 10% des cas; ce nombre semble particulièrement réduit chez l'Indigène, environ 6% (Broc) en raison de la fréquence ou de la rapidité de la bilatéralisation chez lui. La collapsothérapie nous a donné à Tunis, 14,16% de guérisons et 42,50% d'améliorations en milieu européen. En milieu indigène les résultats sont moins bons. Madame Lavau accuse 29% d'améliorations. Elle attribue les nombreux échecs de la méthode à l'indocilité des malades et surtout à leur pauvreté. Il faut d'abord manger à sa faim pour pouvoir guérir.

Le principe de la cure ambulatoire est à retenir en milieu indigène « la cure libre répondant mieux à l'esprit musulman » (Broc) et il faut l'avouer à l'insuffisance des moyens de placement contre lesquels le corps médical ne cesse de lutter. Cette insuffisance paralyse l'action des dispensaires.

Le traitement par le pneumothorax est appliqué en Algérie et au Maroc dans les hôpitaux et dans quelques dispensaires; en Tunisie il n'est suivi que dans les hôpitaux. C'est évidemment le lieu le plus approprié pour l'instituer et le surveiller et la formule du Dispensaire Léon Bourgeois annexé à l'Hôpital de tuberculeux semble la meilleure, tant au point de vue technique qu'au point de vue financier partout où il est possible de l'appliquer. En Tunisie une solution intermédiaire a été adoptée le 21 juillet 1931 par la Commission technique de Lutte contre la Tuberculose. Il a été créé un Dispensaire fonctionnant près de l'Hôpital Français. Il doit en être ouvert un second fonctionnant près de l'Hôpital Musulman. Ils re-

coivent les directives techniques nécessaires à leur action du bureau de la Ligue Anti-Tuberculeuse, et sont placés sous le contrôle des Médecins Chefs de Services de Tuberculeux de ces deux hôpitaux, ce qui assure la liaison permanente indispensable du dispensaire et de l'hôpital et facilite l'administration des soins.

Les dispensaires lorsque les hôpitaux sont insuffisants ou dans les localités où il n'existe pas d'hôpital, s'ils ont à leur tête un technicien rompu à la pratique de la collapsothérapie, doivent de toute nécessité faire bénéficier les tuberculeux d'un traitement indispensable, dont ils seraient autrement privés. En dehors de ces cas le dispensaire ne doit être qu'exceptionnellement un centre de traitement. Il n'est pas outillé pour cela.

L'écueil en effet est que le Dispensaire n'a pas de salle d'hospitalisation et qu'il ne possède qu'un appareil de Radioscopie; or il est imprudent de tenter un pneumothorax sans une radiographie préalable, la radioscopie ne donnant que des renseignements insuffisants. Broc et Lavau sur 56 malades radioscopiquement unilatéraux n'en ont retenu que 23 après radiographie de contrôle.

La création de centres de traitement dans la banlieue de toutes les grandes villes donne le moyen de résoudre de façon pratique cette question du pneumothorax puisqu'elle permet de l'administrer dans des conditions parfaites et qu'elle y joint les bienfaits de la cure de repos, indispensable pendant les premiers mois du traitement. Le Médecin Général Lasnet se propose de créer un ou deux centres de traitement par département algérien à proximité des grandes villes. Le Maroc prévoit la réalisation dans l'année d'un centre analogue. Celui-ci est également au programme de l'Office d'Hygiène Tunisien dont on connaît l'activité bienfaisante.

L'application de la Chrysothérapie soulève des difficultés considérables d'ordre financier. Son efficacité serait d'ailleurs moins grande chez l'Indigène que chez l'Européen. Lévi Valensi l'attribue aux lésions préalables du système réticulo-endothélial chez la plupart des Indigènes tuberculeux, or l'aurothérapie agirait surtout par stimulation de ce système.

Elle est appliquée au Maroc dans certains dispensaires.

Voici les chiffres donnés par Colombani et Lapin :

En 1932, 29 malades ont été soignés pour lesquels on a dépensé 54 gr. 76 de chrysalbine (prix 2.161 fr. 85).

6 malades ont disparu sans continuer le traitement.

Sur les 23 restants :

6 sont morts;

2 ont interrompu le traitement par suite d'accidents;

15 résultats très satisfaisants sur lesquels nous ne possédons pas de renseignements cliniques précis, ont été enregistrés.

En Tunisie il n'existe aucun crédit prévu pour la délivrance de ce médicament. Il est attribué à de rares malades dans les hôpitaux particulièrement à ceux qui en présentent l'indication majeure, début de bilatéralisation chez un malade porteur de pneumothorax. La contribution personnelle des familles ou du Comité de Bienfaisance Israélite permet d'appliquer le traitement aurique à un assez grand nombre d'individus. De toutes façons la chrysothérapie ne peut être considérée que comme un traitement adjuvant et ne doit pas grever trop lourdement le budget des ligues.

La question du Sanatorium dans son acception véritable, trop souvent dénaturée aujourd'hui afin de mieux confondre les adversaires de ces établissements et que nous définirons « Etablissement de cure et de traitement, dans un climat privilégié, pour malades susceptibles d'en tirer un bénéfice réel » n'a reçu encore aucune solution en Afrique du Nord.

L'Algérie et le Maroc sont à la veille de se mettre en règle avec la loi Honnorat.

Pour la Tunisie nous ne pouvons que répéter ce que l'un de nous a écrit avec Mazères en 1932 :

« La Tunisie dans son ensemble avec son climat mi moyen tempéré, mi continental chaud. avec ses vents humides, ses sautes thermométriques et barométriques, ses orages nombreux, ses pluies torrentielles, ses basses plaines vite marécageuses, ne paraît pas devoir se prêter à l'édification d'un sanatorium climatique. »

Avec Conseil et Gobert en 1926 l'un de nous exprimait le désir de ne voir entreprendre la construction d'un sanatorium qu'après avoir pris connaissance des résultats obtenus dans les pays limitrophes.

Nous pensons qu'en matière d'Assistance Indigène cette tentative si elle est faite sera vouée à l'insuccès, et que l'édification d'un

centre de traitement extra urbain (hôpital-sanatorium) est à tous égards préférable et pour le moins plus urgente.

La Prophylaxie est menée de front dans les trois pays de l'Afrique du Nord par les trois Offices d'Hygiène Sociale dont l'activité est grande. Elle est codifiée conformément aux directives du Comité National et adopte dans ses grandes lignes le plan passe-partout de France.

Dans une récente tournée d'Inspection en Algérie, notre maître le Professeur Léon Bernard a souligné les points de détail plus particuliers à l'Afrique du Nord. Le Médecin Général Lasnet a mis heureusement au point après une consultation médicale étendue l'ensemble de la question dans son « Programme de défense contre la Tuberculose en Algérie » qu'il faut lire.

Le Dispensaire, pivot de la lutte, est doté de capacités thérapeutiques au Maroc. En Algérie, il assure un traitement ambulatoire lorsqu'il en a les moyens techniques et plutôt par exception. En Tunisie il n'existe encore qu'un Dispensaire qui demeure purement prophylactique. L'activité de celui-ci sous l'impulsion de son chef le Dr Henry, est grande : depuis sa fondation en octobre 1932, il a examiné 1969 consultants nouveaux et, dépisté 291 tuberculeux.

Sur les consultants on relève 734 Indigènes dont 233 sont tuberculeux. La faible proportion des Musulmans tient au fait que le Dispensaire ne donne pas de soins (Henry) et à notre avis surtout à ce qu'il n'est pas encore conjugué avec l'Hôpital indigène où se rendent de tout temps les malades.

Les œuvres de préservation anti-tuberculeuse en Afrique du Nord ne peuvent être exactement calquées sur les œuvres françaises. La meilleure d'entre elles, l'œuvre Grancher ne peut être créée sous la forme du placement familial pour des raisons morales et matérielles ; mais le Médecin Général Lasnet juge possible d'envisager un placement collectif sous forme d'internat pour les enfants de 3 à 13 ans issus de parents tuberculeux mais qui sont sains. Ces enfants doivent être hébergés et suivre l'enseignement d'une école. Nous nous demandons quel sera l'avenir de ces centres de placement en ce qui concerne la clientèle indigène.

En Tunisie la Ligue Anti-Tuberculeuse a créé à Bizerte un Préventorium de 20 places pour enfants de 5 à 13 ans. La population indigène a montré jusqu'ici peu d'empressement à lui confier ses enfants dont elle n'aime pas se séparer. Sur 107 admis, malgré

tous les efforts du Médecin Chef du dispensaire anti-tuberculeux, il n'y a eu que 6 Musulmans et notons-le en passant 6 Israélites.

A Alger un grand préventorium a été créé dans le Lazaret du Cap Matifou.

Le Maroc a installé des jardins de soleil à Rabat et à Salé. Le premier accepte 35 enfants externes, le second 8 externes et 40 pensionnaires. La conception du jardin de soleil accueillant les externes est à retenir. Elle semble une formule d'avenir surtout si l'établissement est doté d'une cantine où l'enfant reçoit un nourriture substantielle.

L'importance des réalisations dans les 3 pays est médiocre. Un gros effort reste à faire dans ce sens-là; le préventorium qui s'adresse à des malades non contagieux, généralement à des ganglionnaires ne peut être remplacé par des écoles de plein air et des colonies de vacances qui ne reçoivent que des enfants sains.

Dans les trois pays de l'Afrique du Nord rien encore n'a été installé pour les enfants de 0 à 3 ans, d'analogue aux pouponnières et aux garderies qui recueillent en France les enfants de cet âge issus d'ascendants tuberculeux. Toutefois à titre individuel, ils sont acceptés à Tunis à la Maison d'Accueil, dirigée par l'un de nous et dont le but plus général est de recueillir les petits orphelins de 0 à 2 ans dénués de toute ressource ou abandonnés.

Le plus bel avenir semble réservé dans le domaine de la prophylaxie de la tuberculose en général et de la tuberculose chez les Musulmans en particulier à la vaccination; nul ne peut contester aujourd'hui son inocuité et son efficacité immédiate. Elle est pratiquée dans les trois pays de l'Afrique du Nord; son essor a été enrayé au Maroc par la difficulté de préparer le vaccin. (L'installation de l'Institut Pasteur de Casablanca a comblé cette lacune). La seconde raison invoquée par Colombani et Lapin, pour expliquer sa faible diffusion au Maroc, à savoir l'étendue du pays, la dissémination des habitants, les difficultés de transmission, la quasi-impossibilité d'être prévenu à temps des naissances par les Arabes de l'Intérieur, peut être incriminée également pour l'Algérie et la Tunisie.

En Algérie, c'est surtout à Alger que la vaccination a été pratiquée sous l'impulsion du Dr Edmond Sergent, du Professeur Laffont et du Directeur du Bureau d'Hygiène Lemaire, qui conclue que là où la vaccination par le B.C.G. est appliquée on constate

une diminution générale de mortalité infantile de 0 à 1 an et un pourcentage réduit des décès causés par la méningite et les formes aiguës de tuberculose. De 1924 et 1931, on a vacciné 4.736 enfants à Alger — la mortalité générale chez les vaccinés a été de 10% et la mortalité de 0 à 1 an par tuberculose a été de 0,5%; rappelons que la mortalité générale infantile varie de 10% pour les Européens à 30% pour les Indigènes dans la même ville.

En Tunisie le Service du B.C.G. après avoir été assuré à l'Institut Pasteur par Mademoiselle Nicolle est actuellement municipal, dépendant du Bureau d'Hygiène dirigé par le Dr Raynal et rattaché à l'Office d'Hygiène Sociale (Dr Mazères).

Le B.C.G. est distribué par des sages-femmes et des infirmières et la part contributive de la ville pour ce service est de 50.000 fr.

De juin 1928 à janvier 1931, 315 doses de vaccin ont été distribuées.

En 1931 — 1339

En 1932 — 1905

En 1933 — 2.148 dont 1.005 pour Tunis.

Cette importante progression est due au zèle des Marecks, chefs de quartiers, auxquels on verse une prime de 5 francs par naissance déclarée dès l'accouchement et à l'activité désintéressée des services compétents et de leurs agents d'exécution.

Le rapport de 1931 de Mademoiselle Nicolle constate que sur 138 vaccinés, 121 ont pu être suivis et ne présentaient aucun cas de tuberculose.

Le Docteur Raynal, dans un rapport rédigé en 1932, constatait que la mortalité chez les vaccinés avait été, au cours de la première année, de 33,02 pour 1.000 naissances vivantes alors que cette même mortalité s'élevait à 188,45 chez les non-vaccinés; empressons nous d'ajouter qu'à notre avis, ce magnifique résultat, n'est dû que pour une part au vaccin, mais qu'il faut surtout en féliciter les auxiliaires de puériculture qui ont dirigé la croissance et l'alimentation des enfants vaccinés.

Comme le constate Lemaire, la découverte de Calmette et Guérin nous ouvre aujourd'hui des espérances illimitées dans la lutte anti-tuberculeuse et nous ajouterons surtout dans la lutte en milieu indigène. Lemaire suggère qu'une notice indiquant les bienfaits du B.C.G. soit remise aux époux au moment du mariage, que le

contrôle des naissances soit exactement effectué et qu'à cette occasion le B. C. G. puisse être recommandé, il ajoute une réflexion pleine de bon sens au sujet de l'action de l'admirable corps des infirmières visiteuses qui, selon lui, a le tort de ne pas être recruté parmi le peuple comme cela se faisait au Dispensaire Emile Roux (de Lille). Il pense à juste titre qu'il faudrait à côté du corps actuel de visiteuses former des jeunes indigènes préparées dans des classes à peu près semblables à celles des écoles de pré-apprentissage et ne recevant qu'un enseignement de notions essentielles. Leurs fonctions aux yeux du public seraient d'assurer de menus soins, mais leur rôle principal consisterait à l'occasion de ces soins à répandre les notions d'Hygiène et à diriger les malades sur les dispensaires.

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans l'intérieur des trois pays a relativement peu progressé encore; elle doit se faire par l'intermédiaire de dispensaires polyvalents et d'équipes mobiles munies de matériel radiologique ambulant. Nous ne pouvons encore apprécier les services de ces organismes à l'état d'ébauche. Ce qui nous paraît évident c'est que le médecin de colonisation auquel on réclame avant tout les soins aux indigents et la lutte contre les maladies épidémiques avec tout ce qu'elle comporte d'inspections et de vaccinations ne peut certainement pas assurer le rôle d'hygiéniste que par économie on voudrait lui faire jouer; lutter contre la syphilis, s'occuper de puériculture et de prophylaxie anti-tuberculeuse, etc... Il faudra tôt ou tard le doubler au moins dans certains centres d'un médecin chargé de ces services sociaux et qui pourra y consacrer la totalité de son activité.

Nous avons appris depuis la rédaction de ce vœu que la Direction Générale de l'Intérieur de Tunisie, de son propre mouvement, est à la veille de créer deux places de Médecins hygiénistes chargés uniquement des services de prophylaxie sociale et de la direction des dispensaires polyvalents.

La tuberculose bovine bien qu'étant une source de contagion relativement peu importante pour l'homme est, suivant les renseignements donnés obligeamment par le Service de l'élevage de Tunisie très élevée parmi les bovins de race importée puisqu'elle atteint environ 50% des animaux. Elle se localise surtout sur la plèvre, le poumon et les côtes des bêtes malades. La tuberculose des bovins de race indigène est exceptionnelle puisque sur 40.000 bovins sacri-

fiés en moyenne par année en Tunisie, deux sujets indigènes tuberculeux en moyenne sont décelés; signalons à titre purement documentaire qu'ils sont porteurs de lésions très graves du poumon et que contrairement aux observations vétérinaires faites en France, les bovins tuberculeux ici toussent souvent.

Ce chiffre minime de bêtes infectées montre le peu d'importance des viandes tuberculeuses dans la diffusion de la tuberculose chez les Musulmans Tunisiens.

Le lait par contre peut jouer un rôle plus sérieux puisqu'une étude statistique faite a montré qu'il était infecté dans plus de vingt laiteries à Tunis.

Il est impossible de proposer l'abattage des bêtes malades, vu les indemnités à verser aux propriétaires, peut-être serait-il plus sage d'adopter la solution préconisée par Michelat au Congrès du Lait à Nantes, qui propose de détruire dans tous les cas les laits provenant de vaches atteintes de tuberculose avancée; de pasteuriser les laits en provenance d'étables où l'on constate des cas de tuberculose de forme bénigne et discrète et d'appliquer le même traitement aux laits de provenance inconnue. L'usage du lait en boîtes qui se généralise dans l'alimentation du nourrisson rend la contamination des enfants par le lait de moins en moins fréquente. D'ailleurs les enfants indigènes sont pour la plupart nourris au sein.

Enfin toute prophylaxie anti-tuberculeuse doit s'occuper des conditions de travail des ouvriers et de la salubrité des locaux de travail. En Tunisie un décret datant du 15 juin 1910 édicte des règles que l'on vient de modifier tout dernièrement; c'est ainsi que la journée de 8 heures est en voie d'application, que les femmes et les enfants de moins de 16 ans ne peuvent être employés à aucun travail de nuit et qu'il est exigé des employeurs de s'inquiéter de l'aptitude physique nécessaire au travail des enfants qu'ils recrutent. Les Inspecteurs du travail ont le droit d'exiger le renvoi des enfants âgés de moins de 12 ans s'ils jugent leur besogne au-dessus de leurs forces; entre 12 et 16 ans ils ne peuvent le demander qu'après consultation médicale. Malheureusement l'inspection médicale proprement dite du travail n'existe pas sauf cas exceptionnels réservés à l'initiative de l'inspection du travail.

La création « d'écoles professionnelles donnant aux Indigènes

de la classe pauvre des connaissances techniques et un métier, source de gain régulier » est réclamée par Broc qui y voit, à juste titre, le moyen efficace de lutter contre la tuberculose, s'abattant sur les sans-travail dans une proportion écrasante.

Cette question malheureusement comme celle de l'urbanisme, comme celle de la politique du logement, n'est pas d'essence médicale; mais il n'en est pas moins nécessaire de rappeler à chaque occasion l'importance quasi-prépondérante de l'action gouvernementale dans une lutte où les pouvoirs publics de tous les pays ont trop tendance à croire qu'ils ont fait leur devoir lorsqu'ils ont assuré d'importantes subventions aux services d'hygiène compétents.

— «O» —





